

Berlin, 22.07.2022

**Stellungnahme der AWMF Taskforce COVID-19 Leitlinien
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit
übermittelt am 14. Juni 2022**

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften bedanken sich für die Zusendung des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes mit der Möglichkeit zur Stellungnahme. Angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz, der erforderlichen Expertise unterschiedlicher Disziplinen sowie eines angestrebten breiten Konsenses auf Ebene der Fachgesellschaft erfolgte eine ausführliche interdisziplinäre Analyse des Gesetzesentwurfs. Die gemeinsame Stellungnahme wurde mit den Fachgesellschaften der AWMF-Taskforce COVID-19 Leitlinien abgestimmt. Sie entstand vor dem Hintergrund der AWMF-S1-Leitlinie 040-013 „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ (3. überarbeitete Fassung vom 14.12.2021) [1] und berücksichtigt weitere zwischenzeitlich veröffentlichte Stellungnahmen zum Thema aus medizinischer [2] und juristischer Perspektive [3, 4]. Für eine Erläuterung der zugrundeliegenden ethischen Überlegungen vgl. Marckmann et al. 2020 [5].

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften begrüßen grundsätzlich eine gesetzliche Regelung der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen. Damit kann eine demokratisch legitimierte Grundlage für die schwierigen Zuteilungsentscheidungen und die erforderliche Rechtssicherheit für die handelnden Akteure geschaffen werden. Gleichmaßen begrüßen es die Fachgesellschaften, dass die Zuteilung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nach dem Kriterium der aktuellen Überlebenswahrscheinlichkeit erfolgen soll, da dies – wie entsprechende Simulationen nahelegen [6] – die Anzahl der knappheitsbedingten Todesfälle minimieren kann. Zudem kann die Tragik der Zuteilungsentscheidungen reduziert werden, da bei der im internationalen Vergleich hohen Anzahl von intensivmedizinischen Betten allenfalls solche Patientinnen und Patienten nicht behandelt würden, die trotz bestmöglicher Intensivtherapie nur eine sehr geringe Überlebenschance besitzen.

Unter medizinisch-wissenschaftlichen, ethischen und praktischen Gesichtspunkten sehen die Fachgesellschaften allerdings noch dringenden Überarbeitungsbedarf, um eine gesetzliche Grundlage für eine faire, transparente und den Schaden für die Gesellschaft minimierende Verfahren für die Priorisierung im Falle einer pandemiebedingten Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen zu schaffen.

§5c ISchG Abs. 2, Satz 1:

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden.

Schwer an einer Infektionskrankheit wie COVID-19 erkrankte Patienten benötigen oft eine deutlich längere Intensivbehandlung, um die Erkrankung zu überleben, die sich in Einzelfällen über mehrere Wochen bis Monate erstrecken kann [7, 8, 9, 10, 11]. Insofern ist es medizinisch nicht angemessen, die Zuteilungsentscheidungen aufgrund der – auch im Urteil des BVerfG benannten – „kurzfristigen“ Überlebenswahrscheinlichkeit zu treffen. Vielmehr sollte sich die Überlebenswahrscheinlichkeit auf die aktuelle Intensivtherapie beziehen.

Formulierungsvorschlag: *Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der Wahrscheinlichkeit getroffen werden, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten die aktuelle intensivmedizinische Behandlung überleben.*

§5c ISchG Abs. 2, Satz 3:

Insbesondere sind eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, die Gebrechlichkeit und die Lebensqualität keine geeigneten Kriterien, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen.

Es ist richtig, dass niemand aufgrund des Alters oder der Gebrechlichkeit *per se* bei den Zuteilungsentscheidungen benachteiligt werden darf. Den vorliegenden empirischen Erkenntnissen zufolge können das Lebensalter und die Gebrechlichkeit (bei Menschen über 65 Jahren) allerdings einen Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit haben [12, 13, 14]. Vor diesem Hintergrund müssen diese zusammen mit anderen Faktoren in die Gesamtbewertung der Prognose hinsichtlich der aktuellen Überlebenswahrscheinlichkeit einfließen.

Formulierungsvorschlag: *Streichung von Satz 3.*

Erläuterung: *Die Benachteiligung aufgrund des Alters und der Gebrechlichkeit ist bereits in Abs. 1 ausgeschlossen. Dass die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit nicht durch die verbleibende Lebenserwartung und die Lebensqualität bestimmt werden kann, ist selbstverständlich und muss hier im Abs. 2 nicht extra erwähnt zu werden.*

§5c ISchG Abs. 2, Satz 4:

Bereits zugewiesene überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.

Medizinische und ethische Gründe sprechen aus Sicht der Fachgesellschaften dafür, bei Zuteilungsentscheidungen im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten alle Patientinnen und Patienten einzubeziehen, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen (medizinische Indikation und Behandlungswille vorausgesetzt!). Dies unabhängig davon, ob sie bereits intensivmedizinisch behandelt werden oder einen entsprechenden Bedarf haben, aber bislang noch nicht behandelt werden [3, 4].

- (1) Aufgrund des Gleichheitsgebots müssen alle Patientinnen und Patienten mit einem vergleichbaren intensivmedizinischen Behandlungsbedarf auch gleichberechtigten Zugang zu Intensivressourcen haben. Der frühere Behandlungsbeginn begründet nach unserer Auffassung keinen vorrangigen Anspruch auf eine Intensivbehandlung.
- (2) Die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit lässt sich bei vielen Patientinnen und Patienten erst nach einem intensivmedizinischen Behandlungsversuch verlässlicher abschätzen [15, 16, 17]. Wenn bereits zugewiesene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von den

Zuteilungsentscheidungen ausgenommen werden (Ausschluss der sog. Ex-post-Triage), wie dies der Referentenentwurf vorsieht, entfällt die Möglichkeit eines Intensivbehandlungsversuchs und damit eine wesentliche Voraussetzung für eine valide Anwendung des Kriteriums der aktuellen Überlebenschancen.

- (3) Da eine verlässliche Prognoseeinschätzung in der Akutsituation vor Beginn der Intensivtherapie selbst bei Einhaltung der vorgesehenen Sorgfaltskriterien schwierig ist, erhöht eine nicht rückgängig zu machende Zuteilung die Gefahr pauschaler oder verzerrter Einschätzungen der Überlebenschancen. Dies könnte de facto zu einer Benachteiligung von vulnerablen Gruppen wie beispielsweise hochaltrigen Menschen, Menschen mit Gebrechlichkeit, chronischen Erkrankungen, akuten Hirnschädigungen oder Behinderung führen.
- (4) Beim Ausschluss einer sog. Ex-post-Triage ist zu erwarten, dass bei einem starken Zustrom von akut schwererkrankten Infektionspatienten die Intensivkapazitäten auf absehbare Zeit vollständig ausgelastet sind, sodass Patientinnen und Patienten mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen eine verringerte Chance auf eine Intensivbehandlung haben – wie die Erfahrungen im bisherigen Pandemieverlauf bereits gezeigt haben. Dies verstößt gegen das Gleichheitsgebot.
- (5) Durch die oft lange Liegezeit der Patientinnen und Patienten führt der Ausschluss einer sog. Ex-post-Triage de facto zu einer Zuteilung nach dem Prinzip des „first-come-first-served“. Dies erhöht die Anzahl der vermeidbaren Todesfälle [6]. Außerdem bedeutet es, dass bei einer solchen Verfahrensweise sämtliche Patientinnen und Patienten einschließlich derer mit einer hohen Überlebenschancen aufgrund ihres zeitlich späteren Eintreffens in der Klinik benachteiligt werden und nicht mehr lebensrettend behandelt werden können.

Formulierungsvorschlag: *Bei den Zuteilungsentscheidungen sind alle Patientinnen und Patienten mit einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf gleichermaßen zu berücksichtigen, solange eine intensivmedizinische Behandlung ärztlicherseits indiziert ist und dem Patientenwillen entspricht. Dies unabhängig davon, ob die intensivmedizinische Behandlung bereits eingeleitet wurde oder nicht.*

§5c ISchG Abs. 3 Satz 1ff:

Die Zuteilungsentscheidung ist von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen praktizierenden Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin einvernehmlich zu treffen, die die Patientinnen oder Patienten unabhängig voneinander begutachtet haben. [...] Sind Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer weiteren hinzugezogenen Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden.

Die Fachgesellschaften begrüßen ausdrücklich, dass die Zuteilungsentscheidungen nach dem Mehraugen-Prinzip zu treffen sind. Aus Gründen der Praktikabilität vor allem in kleineren Krankenhäusern sollte neben der mehrjährigen intensivmedizinischen Erfahrung die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin nur für *einen* der beteiligten Intensivmediziner als Anforderung zwingend zugrunde gelegt werden.

Zudem halten sie es aus zwei Gründen für nicht erforderlich, dass bei Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen in jedem Fall die Expertise einer weiteren Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden muss:

- (1) Viele Menschen haben Vorerkrankungen oder Behinderungen, die keinerlei Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit haben. In *jedem* Fall einer Vorerkrankung bzw. Behinderung unabhängig von der Relevanz für die Überlebenswahrscheinlichkeit eine weitere Person mit entsprechender Fachexpertise hinzuzuziehen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, ist weder sachlich erforderlich noch praktikabel.
- (2) Zudem liegen bei vielen Menschen verschiedene Vorerkrankungen bzw. Behinderungen gleichzeitig vor, sodass dann eigentlich mehrere Personen mit entsprechender Fachexpertise hinzugezogen werden müsste, was ebenfalls sachlich weder erforderlich noch praktikabel wäre.

Es sollte deshalb ausdrücklich ergänzt werden, dass weitere *ärztliche* (!) Expertise nur bei Behinderungen und speziellen (Vor-)Erkrankungen hinzugezogen werden muss, wenn diese die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit in einem relevanten Ausmaß beeinflussen.

Formulierungsvorschlag: *Die Zuteilungsentscheidung ist von wenigstens zwei mehrjährig erfahrenen praktizierenden Fachärztinnen oder Fachärzten einvernehmlich zu treffen. Wenigstens eine Fachärztin beziehungsweise Facharzt muss über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen. Bei Behinderungen und (Vor-)Erkrankungen, die für die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit relevant sind, muss die diesbezügliche spezielle ärztliche Expertise einbezogen werden.*

Hinweise zur Begründung des Gesetzentwurfs

S. 16 unten: Die Begründung zum Gesetzentwurf weist zurecht darauf hin, dass Patientinnen und Patienten nur dann in eine Zuteilungsentscheidung einbezogen werden, wenn die indizierten intensivmedizinischen Maßnahmen dem Patientenwillen entsprechen und dringend benötigt werden. An dieser Stelle sollte ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass nicht (mehr) indizierte intensivmedizinische Maßnahmen von den An- und Zugehörigen der Patientinnen und Patienten nicht eingefordert werden können.

In der Begründung sollte überdies ausdrücklich erwähnt werden, dass im Falle einer Nicht-Zuteilung einer intensivmedizinischen Behandlung eine angemessene Kommunikation sowie eine entsprechende palliativmedizinische Behandlung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Zugehörigen erfolgen muss.

Für Rückfragen und weiteren Austausch über eine Regelung der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen stehen die medizinische Fachgesellschaften gerne zur Verfügung.

Diese Stellungnahme wird von der AWMF Task-Force COVID-19 Leitlinien unterstützt, insbesondere von den Fachgesellschaften (alphabetische Reihenfolge) Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (DGHNO), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Klinische

Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL), Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN), Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP), Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Gesellschaft für Virologie (Gfv).

Die Stellungnahme wird zusätzlich von den AWMF Fachgesellschaften Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und weiterhin von der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) der Deutschen Krebsgesellschaft und vom Deutschen Rat für Wiederbelebung (GRC) unterstützt.

Literatur

1. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung Für Intensiv- Und Notfallmedizin (Divi) (2021) Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie (3. überarbeitete Fassung vom 14.12.2021). In: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/040-013.html> Letzter Zugriff am 04.07.2022
2. 126. Deutscher Ärztetag (2022) Vereinbarkeit des "Triage-Gesetzes" mit ärztlichen und ethischen Grundwerten sicherstellen - Beschluss. In: <https://126daet.baek.de/Applications> Letzter Zugriff am 05.07.2022
3. Hörnle T (2021) Ex-post-Triage: Strafbar als Tötungsdelikt? In: Hörnle T, Huster S, Poscher R (eds) Triage in der Pandemie. Mohr Siebeck, Tübingen
4. Duttge G (2022) Zwischen Lebensrettung und Preisgabe an den Tod: Zu den verfassungs- und medizinstrafrechtlichen Grenzen der Triage. In: Bahne T, Römelt J (eds) Lebenswert in Verantwortung: Ethische Herausforderungen in der Corona-Pandemie. Echter Verlag, Würzburg
5. Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J (2020) Triage in der COVID-19-Pandemie - was ist gerecht? . DIVI 11:172-178
6. Bartenschlager CC, Brunner JO, Heller AR (2022) Evaluation von scorebasierten Ansätzen für die Ex-post-Triage auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie: eine simulationsbasierte Analyse. Notfall + Rettungsmedizin 25:221-223
7. Tan E, Song J, Deane AM et al. (2021) Global Impact of Coronavirus Disease 2019 Infection Requiring Admission to the ICU: A Systematic Review and Meta-analysis. Chest 159:524-536
8. Rees EM, Nightingale ES, Jafari Y et al. (2020) COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. BMC Medicine 18:270
9. Dongelmans DA, Termorshuizen F, Brinkman S et al. (2022) Characteristics and outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU: a nationwide cohort study on the comparison between the first and the consecutive upsurges of the second wave of the COVID-19 pandemic in the Netherlands. Annals of Intensive Care 12:5
10. Schmidt M, Hajage D, Demoule A et al. (2021) Clinical characteristics and day-90 outcomes of 4244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. Intensive Care Medicine 47:60-73
11. Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C et al. (2020) Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. Lancet Respir Med 8:853-862

12. Welch C (2021) Age and frailty are independently associated with increased COVID-19 mortality and increased care needs in survivors: results of an international multi-centre study. *Age Ageing* 50:617-630
13. Hägg S, Jylhävä J, Wang Y et al. (2020) Age, Frailty, and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 2019 in Geriatric Care. *J Am Med Dir Assoc* 21:1555-1559.e1552
14. Zhang XM, Jiao J, Cao J et al. (2021) Frailty as a predictor of mortality among patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 21:186
15. Gruyters I, De Ridder T, Bruckers L et al. (2022) Predictive value of serial evaluation of the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score for intensive care unit mortality in critically ill patients with COVID-19: a retrospective cohort study. *Anaesthesiol Intensive Ther* 54:3-11
16. Butler CR, Webster LB, Diekema DS (2022) Staffing crisis capacity: a different approach to healthcare resource allocation for a different type of scarce resource. *J Med Ethics* 10.1136/jme-2022-108262
17. Ferreira FL, Bota DP, Bross A et al. (2001) Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *Jama* 286:1754-1758